

Verordnung / Bedarfserhebung für orthopädische Schuhe Bedarfsstufe 3

Kostenträger:

Versicherter:

Name:
 Vorname:
 Geb. Datum:
 Strasse:
 Wohnort:
 Az. / Unfall.-Nr.:

Diagnose / Befund:

1. Umfang der Schuhausstattung:

Erstausstattung	<input type="checkbox"/>
Wechsellausstattung	<input type="checkbox"/>
Folgeversorgung	<input type="checkbox"/>
Reparatur	<input type="checkbox"/>

2. Erforderliche Leistungen der „Bedarfsstufe 3“:

Handgefertigte orthopädische Maßschuhe	<input type="checkbox"/>

3. Orthopädische Schuhausstattung:

<u>Schuhform / Schuhhöhe:</u>			<u>Schuharten orthopädische Schuhe:</u>		
Sandale	<input type="checkbox"/>		Arbeitsschuh / Berufsschuh ohne Baumusterprüfung	<input type="checkbox"/>	
Halbschuh knöchelübergreifend	<input type="checkbox"/>		Arbeitssicherheitsschuh S 1	<input type="checkbox"/>	
Stiefel	<input type="checkbox"/>		Arbeitssicherheitsschuh S 2	<input type="checkbox"/>	
Reparaturen:			Arbeitssicherheitsschuh S 3	<input type="checkbox"/>	
Neue Vorfuß- und / oder Fersenpolsterung	<input type="checkbox"/>		Straßenschuh	<input type="checkbox"/>	
Polstersohle mit Abdeckung	<input type="checkbox"/>		Hausschuh	<input type="checkbox"/>	
Bodenversteifung mit Einarbeitung	<input type="checkbox"/>		Sportschuh	<input type="checkbox"/>	
Ersatzfußbettung	<input type="checkbox"/>		Badeschuh	<input type="checkbox"/>	
Polstersohle mit Lederabdeckung	<input type="checkbox"/>		Interimsschuh	<input type="checkbox"/>	
Diabetes-Ersatz-Fußbettung	<input type="checkbox"/>				
Auftragsermächtigung des Kostenträgers liegt vor:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Ärztliche Abnahme erforderlich:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0006	Knöchelleisten
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0007	Beinleisten
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0008	Knieleisten ab 25 cm bis unter Knie
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.07.0001	Diabetes adaptierte Fußbettung für orthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose
33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.99.99.0001	Funktionales Gehprobenmodell (Gegenseite bei ärztlicher Begründung)
34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.01.1001	Zehenersatz bei Erhalt der Mittelfußköpfchen
35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.02.1002	Mittelfußersatz Chopart Bon Jäger
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.01.03.1003	Fußersatz Pirogoff

Zusatzarbeiten am Sicherheitsschuhe S 1 bis S 3

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0920	Arthrodesenkappe, inkl. Sohlenversteifung
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0921	Peronäuskappe
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0923	Verkürzungsausgleich mit Schaft- und Hinterkappenerhöhungen je angefangener cm
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0926	Vorkehrungen für Zehenamputationen Lederecke nach DIN CE
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0927	Vorkehrungen für amputierten Mittel- oder Vorfuß Lederecke nach DIN CE
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0928	PU- Überkappe Antistatik / Öl- und Säurefest
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0929	Schafterhöhung – Schafterweiterung ab Schafterhöhung 15 cm
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0930	Eine Sohlenrolle DIN CE
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0931	Hallux Rigidus Vertiefung
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0932	Ballenpolsterung
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0933	Absatzänderung DIN CE
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0935	Knöchelstütze (Innen oder Außen)
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0936	Knöchelstütze beidseits
50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.07.0937	Diabetes adaptierte Fußbettung für semiorthopädische Schuhe nach Maß bei nachgewiesener Diagnose
51	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.02.0938	Stützlasche
52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31.03.06.0939	Mehraufwand Leistenergänzung für S-Funktion

5. Für die orthopädische Schuh/Einlagenausstattung sind „unfallunabhängig“ erforderlich:

Pos.:	linker Fuß	rechter Fuß	PG 31 Nummer:	Leistungsbeschreibung:
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Begründung / Therapieziel für orthopädische Schuhausstattung:
Sonstige Bemerkungen:

Auftrag an Firma:

, den

- auf Wunsch des Kostenträgers erteilt
- nicht erteilt
- Kostenvoranschlag auf Wunsch des Kostenträgers liegt anbei

Unterschrift des Arztes